



STERBEHILFE VON DER GEBROCHENEN LIEBE ZUM LEBEN

Kennen Sie Begebenheiten wie die Folgenden? Ihr Nachbar oder Ihre Nachbarin erzählt Ihnen mit verschmitztem Lächeln auf den Lippen, dass er bzw. sie einen Weg gefunden hat, im Notfall mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation aus dem Leben zu scheiden. Oder: Jemand, rund 60 Jahre alt, fragt in der Arztpraxis oder im Altenheim, ob man „das mit dem Vater nicht etwas beschleunigen könnte“. Oder: Jemand hält rigoros fest: „Wenn ich die Diagnose Demenz erhalte, weiß ich, was ich tue“ (gemeint ist: Dann mache ich mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation mit meinem Leben Schluss). Oder: Ein 50-Jähriger bemerkt: Was da in den Heimen mit den alten Menschen getan wird, ist unfassbar. So etwas kommt für mich nicht in Frage. Gut, dass ich die Alternative kenne“. Oder: Eine muntere Dame mit 80 merkt mit fragendem Blick an: „Morgen bin ich zu einer Abschiedsparty einer ehemaligen Schulkameradin eingeladen. Am darauffolgenden Tag wird der längst vereinbarte Sterbetermin mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation sein. Würdest Du hingehen? Was denkst Du zu dieser Sache? Eigentlich hat sie angesichts ihres Zustandes ja recht.“

Im Moment tut sich bezüglich Sterbehilfe – besser: Assistierter Suizid – in unseren Ländern viel. In „meinem“ Kanton hat vergangenen Herbst die Legislative beschlossen, dass private Heime freie Wahl haben, den assistierten Suizid in ihrer Institution zuzulassen oder aber nicht zuzulassen. Knapp ein halbes Jahr später ist bereits eine Initiative zur Volksabstimmung eingereicht, die von sämtlichen Heimen verlangt, Sterbehilfeorganisationen Zutritt zu geben. Postulate, assistierten Suizid etwa für Ehepaare, Menschen mit Demenz oder Strafgefangene zu erleichtern, sind in fast wöchentlichem Rhythmus in der Presse zu lesen. Auch die Zahlen sprechen eine deutliche Sprache. Zwei Beispiele: In der Schweiz hatte im Jahr 2022 die grösste Sterbehilfeorganisation, nämlich Exit, 17'361 Neuanmeldungen (entspricht +15% im Vergleich zum Vorjahr). Und: 81% der Bevölkerung finden es anfangs 2023 „gut, dass man am Lebensende die Option Sterbehilfe hat“.

Im Folgenden versuche ich;

- acht Wahrnehmungen im Zusammenhang mit dem assistierten Suizid zu beschreiben,
- acht Prinzipien zu skizzieren, die uns zur Zeit hilfreich erscheinen,
- drei „To do's“ in Kirchen, Berufen und Gesellschaft zu benennen.

Ich weiß, dass sehr viele Fragen offen bleiben. Ich ermutige sehr, der Geschichte der Sterbehilfe nachzugehen, Ländervergleiche anzustellen, das viele Gute, das u.a. in Palliativ-Zentren geschieht zur Kenntnis zu nehmen, und nicht zuletzt statt in der Verurteilung von Sterbehilfe zu verharren, in allem die Liebe zum Leben neu zu entdecken, zu erlernen und unaufdringlich, klar und öffentlich zu leben.

ACHT WAHRNEHMUNGEN

WAHRNEHMUNG 1: In unserer westlichen Welt wurde mit den meisten Menschen während der zurückliegenden Jahre kaum je über Alter, Verlust, Schwäche und Tod geredet – und wenn, dann über die Frage, wie solches vermieden werden kann. Uns fehlt diesbezüglich ein angemessenes, von Wertschätzung geprägtes Gesprächs-Instrumentarium – einfacher ausgedrückt: Uns fehlt Sprache, sprich Worte und Begriffe, um über Lebensende, Schwäche, Verlust, Vergänglichkeit ermutigend und nachvollziehbar zu reden.

WAHRNEHMUNG 2: Wir haben im Zusammenhang mit den Gesprächen rund um den assistierten Suizid fast nur die körperlichen Grenzsituationen vor Augen. Dabei vergessen wir, dass die meisten Menschen ein tiefes, oft verschüttetes Bedürfnis haben, mindestens das Ergehen der Seele, das soziale Geflecht und die mentale Ausrichtung neben dem körperlichen (Un-)Wohlbefinden zur Sprache zu bringen. Dies allerdings bedarf etwas mehr Zeit – und Kompetenz.

WAHRNEHMUNG 3: Die Angst vor dem, was nach dem Tod kommt, wurde im Laufe der vergangenen Jahrzehnte abgelöst durch eine Angst vor dem Sterben, also den Ereignissen vor dem Tod. Diese Angst vor dem Sterben wird heute zunehmend abgelöst von einer Angst vor (zu) langem Leben. Dabei fehlt uns weitgehend die Fähigkeit, langes Leben – der Medizin sei Dank – sinnvoll zu gestalten.

WAHRNEHMUNG 4: Die Verhaftung im medizinischen Denken (Problem – Diagnose – Prognose – Therapie) stößt wie das klassisch diakonische Denken der Kirche im langen Leben auf Grenzen. Uns fehlen weitgehend taugliche Vorgehensweisen, durch die angesichts von Schwäche Hoffnung und Sinn gestiftet werden. Auch in christlich-kirchlichen Kreisen ist das biblische Verheißungspotential in Grenzsituationen weitgehend unbekannt.

WAHRNEHMUNG 5: Unsere Zeit hat Gegenwartsoptimierung inkl. Selbstoptimierung äußerst gut gelernt (das „besser, schneller, schöner“). Ziemlich ungeübt sind wir jedoch in der Frage, die uns Victor Frankl ins Stammbuch geschrieben hat, nämlich: Was wartet? Frankl wusste aus seinen KZ-Erfahrungen, dass dort, wo nichts mehr wartet und erwartet wird, ein Mensch tot ist. Uns fehlen fatalerweise Menschen, die die Zukunft lieben, die die Zukunft malen und die die Zukunft erzählen können, also Zukunftserzähler/-innen und Zukunftsmaler/-innen.

WAHRNEHMUNG 6: Wer den assistierten Suizid in Anspruch nimmt, gilt als mutig und tapfer. Solchen Menschen wird in der öffentlichen Meinung so etwas wie ein „Heldenstatus“ eingeräumt. Wo assistierter Suizid nicht in einen Mantel des Schweigens gehüllt wird, existieren nicht selten eine stille Bewunderung und ein Verdacht der

Unmündigkeit derer, die sich den „assistierten Suizid“ nicht als Option offenhalten. Beispiele derart glorifizierter Menschen sind u.a. David Goodall, australischer Professor, 104 Jahre alt, dann Marieke Vervoort, Rollstuhlathletin mit Olympiagold, This Jenni, schweizerischer Ständerat, und Noah Berge, Profi-Basketballer in Dresden, 23 Jahre alt.

WAHRNEHMUNG 7: Begriffe wie Würde oder Liebe werden umgedeutet. Wer den assistierten Suizid nicht hochachtet, entwürdigt angeblich Menschen, die den assistierten Suizid wünschen, und denkt bzw. handelt lieblos, wenn er assistierten Suizid nicht gutheißt. Dass Christen Begriffe wie Liebe oder Würde gelegentlich so eigenartig füllen, ist betrüblich.

WAHRNEHMUNG 8: Wir dokumentieren jene Menschen (leider) nicht, die ganz normal JA zum Leben sagen, auch wenn es notvoll ist.



„Weil Gott ein **JA** zu uns und dieser Welt hat und diese über alles wertschätzt, kann ich mich in dieses **JA** einklinken und mich von diesem **JA** mitnehmen lassen.“

Man veröffentlicht entsprechend kaum Erzählungen von Menschen, die das JA zum Leben in aller Verletzlichkeit, Begrenzung und Vergänglichkeit pflegen und bis ans Ende leben. Für sie ist das Leben auch im hohen Alter das Gegenteil von Abstieg, „Restlauf“, „Nicht-Mehr“ und Verlust. Vielmehr leuchtet unbändige Hoffnung in der Überzeugung auf, dass das Beste und Schönste noch kommt.

Was tun? Als Autor dieser Zeilen habe ich seit knapp 12 Jahren das Vorrecht, alte, sehr alte und sterbende Menschen in einer Institution mit rund 140 Personen begleiten zu dürfen. Vergänglichkeit, Verletzlichkeit, Schwäche, gesundheitliche Einbrüche, Sterben und Tod gehören zum Alltag. Die sich uns täglich stellende Frage ist schlicht: Was bewährt sich, um in dieser besonderen Lebensphase erfüllt, in Würde, das Leben liebend, hoffnungsvoll und sinngetragen zu bleiben und manchmal erst zu erlernen?

Ich fasse an dieser Stelle einige unserer Grundsätze oder Prinzipien zusammen. Das A und O ist dabei, die Liebe zum Leben entweder nicht zu verlieren oder sogar mehr als bisher zu gewinnen.

Auch wenn das Lesevergnügen durch das abgehackte Aufzählen etwas in Schach gehalten wird, wage ich es trotzdem, acht Prinzipien aneinander zu reihen.

GRUNDSATZ 1: Wir unterscheiden strikte zwischen dem ganz normalen Alterungsprozess, zu dem unwidersprochen eine erhöhte Verletzlichkeit gehört, und den Gebrechen und Krankheiten, mit denen Menschen umzugehen haben. Der alternde Mensch bleibt zuerst und zuletzt immer Mensch mit viel Lebenserfahrung, viel Prägungen und viel eingeübten, hilfreichen und weniger hilfreichen Lebensmustern. Genau darauf ist ausnahmslos jeder Mensch ansprechbar. Sie wertschätzend zu benennen, ist Bestandteil jeder Begleitung und betrifft immer auch die Dimension Vergänglichkeit und Sterben.

GRUNDSATZ 2: Jeder Mensch hat nicht nur eine Biographie generell, sondern immer auch eine spezielle Biographie des Umgangs mit Notvollem, mit Schwäche, mit Übergängen und mit Frustrierendem. Die einfachste Frage lautet: Ist dieser Mensch schon immer auf diese Weise mit Notlagen, Schwächen und Herausforderungen umgegangen? Fast immer – und deshalb scheint uns dieser Punkt an dieser Stelle wichtig – gehorcht der Umgang mit Sterbehilfe genau dieser Logik. Beispiel: Im Notfall finde ich, wie schon immer, eine Hintertür.

GRUNDSATZ 3: Es gibt bekanntlich ganz normale Phasen im Leben und speziell auch im Älterwerden. Hier unterscheiden wir fünf solcher Phasen. Die Letzte nennen wir „die Phase des Hinnehmens und sich Verschenkens“. In jeder Phase

dürfen und müssen Dinge gelernt werden. Die Fähigkeit des Hinnehmens und sich Verschenkens – als Gegenteil überhöhter Ansprüche und Forderungen – versuchen wir so früh wie möglich anzusprechen.

GRUNDSATZ 4: Wir halten den Satz, dass wir im Älterwerden immer mehr Vergangenheit und immer weniger Zukunft haben, für fatal und destruktiv. Er raubt – wie kaum andere Sätze – letzte Hoffnungen. Wir üben – wo immer möglich – der Zukunft mehr Gewicht zu geben als der Gegenwart und der Vergangenheit. Das Überraschungsmoment: Je sicherer jemand in der Frage nach der Zukunft ist, desto leichter tut er sich mit der Aufräumarbeit unangenehmer Dinge aus der Vergangenheit. Genau dies macht dann erfüllende Gegenwart möglich.

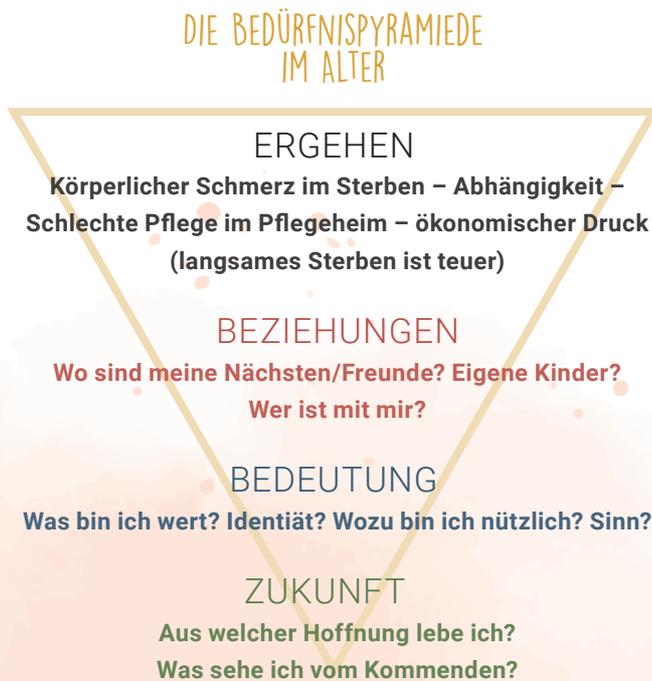
GRUNDSATZ 4: Weil im Zusammenhang mit Sterbehilfe der Begriff Selbstbestimmung sehr zentral ist, versuchen wir, Selbstbestimmung und alle damit zusammenhängenden Erfahrungen zum Thema zu machen („Biographie der Selbstbestimmung“). Dies beginnt beispielsweise mit der Frage, wie sich jemand fühlte, als er oder sie mit dem Auto im Stau stand, also in einem Zustand sehr begrenzter Selbstbestimmung.

GRUNDSATZ 5: Schlüssel der Begleitung von Menschen in hohem Alter scheint uns in der Wertschätzung zu liegen. An dieser Stelle findet sich oft das größte Defizit im Leben eines Menschen. Wertschätzung heißt, den Schatz (das Juwel, den Diamanten, die Perle, ...) im Gegenüber in Worte zu fassen. Wir glauben, dass in jedem Menschen ein Schatz verborgen liegt – bis zum letzten Atemzug seines Lebens. Genau dies müssen Menschen spüren, wenn wir ihnen begegnen. Christen vermitteln hier nicht immer das, was hilfreich ist.

GRUNDSATZ 6: Ohne Humor geht gar nichts, auch nicht, wenn es um das Sterben geht und wenn es gerade nichts zu lachen gibt. Drei Beispiele:

- Bewohnerin, 95, seit Jahren bettlägerig, freut sich über jeden Besuch. Kurz vor dem Tod nach einem Besuch: „Auf Wiedersehen. Es könnte sein, dass ich sterbe und morgen gestorben erwache“.
- Woody Allen: „Ich habe keine Angst vor dem Tod. Ich möchte nur nicht dabei sein, wenn’s passiert“.
- Snoopy’s Gefährte zu Snoopy: „Eines Tages werden wir alle sterben“. Snoopy: „Ja, das stimmt, aber an allen andern Tagen leben wir!“

GRUNDSATZ 7: Uns scheint, dass es speziell auch im Alter eine Art Bedürfnispyramide gibt. Im Bild:



Die Überzeugung: Wo die je tiefer liegende Ebene befriedigend beantwortet ist, relativiert dies die Wucht auf den je höheren Ebenen. Beispiel: Wer weiß, wer mit ihm auch in notvollen Situationen des Lebens ist, empfindet das körperliche Unwohlbefinden anders als derjenige, der sich allein gelassen fühlt.

GRUNDSATZ 8: Für uns möglicherweise am befreiendsten: Wir versuchen, in allen Unsicherheiten rund um assistierten Suizid nicht in die Moralfalle zu tappen. Uns scheint die Sterbehilfe und die Wucht, mit der sie in unserer Gesellschaft wirkt, vielmehr eine Frage der Logik zu sein. Wenn es uns gelingt, diese Logiken aufzudecken, glauben wir, den betreffenden Menschen am meisten zu helfen und die Liebe zum Leben am wirkungsvollsten zu entfachen.

JETZT SCANNEN UND DIESEN
BEITRAG ANHÖREN!



SCHLUSSFOLGERUNG

Die drei Schlüsselworte liegen auf der Hand. Es ist das schlichte Wörtchen JA, es ist Zukunft, und es ist Liebe zum Leben. Ich werde nicht müde, immer wieder bei diesen sehr schlichten, einfachen Worten Zuflucht zu nehmen.

In aller Begleitung von Menschen gerade in äußersten Not-situationen möchte ich mit meinem JA zu Gott, meinem JA zu Menschen und meinem JA zu dieser gebrochenen Welt anstecken. Im Tiefsten gilt: Mehr ist am Schluss nicht notwendig.

Und dann möchte ich ein Mensch der Zukunft sein. Ein Mensch also, der in der Zukunft, damit weder in der Gegenwart noch in der Vergangenheit, zuhause und verankert ist. Nur so, letztlich in dem, was Gott verheißt und zusagt, kann ich zum gewinnenden Zukunftserzähler und Zukunftsmaler werden.

Schließlich fragend: Was könnte werden, wenn wir in unseren Berufen genauso wie in unseren Kirchen und Gemeinden uns ganz neu im Hinblick auf ein gelingendes 21. Jahrhundert zur Liebe zum Leben anstacheln und herausfordern lassen? Ich glaube, wir sollten es tun, falls wir nicht einfach zuschauen wollen, wie Menschen ihrem Leben mit anscheinend guten Argumenten ein Ende setzen. ■

Im Folgenden einige Angaben zum Weiterdenken:

Drei lesenswerte Bücher unter dem Motto „Die Zukunft lieben“

- **Ein JA-Mensch werden – Lebensverändernder Aufbruch in einer unperfekten Welt.**
- **Die Champions League des Lebens – Warum Älterwerden das Beste ist, was uns passieren kann.**
- **Lebensplanung für Fortgeschrittene – Wie wir älter werden wollen (als E-Book erhältlich)**

Zwei Initiativen:

- www.initiative-pro-aging.ch
- www.perspektive-3d.com

*Markus Müller, Behindertenpädagoge,
Heimpfarrer im Zentrum Rämismühle
in der Nähe von Winterthur, engagiert
sich in der Initiative Pro Aging, ([https://
initiative-pro-aging.ch](https://initiative-pro-aging.ch))*



Manchmal flossen Tränen



Einmal im Monat wird die Kirche St. Bonifatius in Böblingen zu einem Heilungsraum. Ein zentrales Angebot im Dekanat für Menschen, die sich nach körperlicher oder seelischer Heilung sehnen. Verantwortlich ist Frank Kühn, Pastoralreferent und Klinikseelsorger. Er berichtet von mehreren Impulsen, die in der katholischen Erwachsenenbildung zusammenflossen. Anregungen gab es schon in den 80er Jahren durch Walter Hollenweger, dann von seinem Wiener Kollegen Paul Zulehner, der eine in der Pfingstkirche zu Hause, der andere katholischer Priester. Sie ermutigten die Kirchen, den Heilungsauftrag Jesu wieder ernster zu nehmen.

Bald kamen 80 bis 120 Leute, den zweimal im Jahr stattfindenden Heilungsfeiern im Dekanat, heute sind es bis zu 60. „Manchmal gab es Situationen, wo Tränen geflossen sind oder die Leute angefangen haben, zu erzählen, um im seelsorgerlichen Gespräch eine Last los zu werden,“ berichtet Frank Kühn. Daraus erwachsen dann die monatlichen Heilungsräume in St. Bonifatius, um mehr Zeit für die Besucher zu haben. Er erzählt gerne von den guten Erfahrungen mit einem ökumenischen Team, denn der Heilungsraum lebt davon, dass Menschen einander persönlich begegnen.

Wer die Kirche betritt, findet dort zunächst Musik, die dem Raum einen eigenen Klang gibt. Die Kirche selbst wird von einem großen Mosaik geprägt, das einen segnenden und einladenden Jesus zeigt. Nach Impulsen zu biblischen Texten, die mit Krankheit und Heilung zu tun haben, können die Besucher sich in eine Nische der Kirche zurückziehen, wo jeweils zwei Personen bereit sind, hinzuhören, zu beten und zu segnen. Dabei ist das Zuhören mindestens so wichtig, wie die Handauflegung. Jeweils bis zu 12 sind im Einsatz. Frank Kühn meint: „Damit wir voneinander lernen, wechseln wir nach einigen Gottesdiensten die Zusammensetzung der Zweierteams, die zusammenarbeiten.“

„Wir laden öffentlich zu diesen Gottesdiensten ein, in denen man Raum findet, um Sorgen loszulassen und Lasten abzuliegen, um Heilung zu bitten und auch zu erfahren.“ Frank Kühn ist überzeugt, dass die Menschen hier finden, was sie suchen, ganz egal, ob sie mit einer Krebserkrankung oder chronischen

Schmerzen, einer Lebenskrise oder Beziehungsproblemen kämen. „Die Menschen suchen ganz allgemein offene Herzen, offene Ohren, einen offenen Raum, in dem man sich ihnen liebevoll zuwendet.“

Als Klinikseelsorger weiß Frank Kühn sehr genau, zwischen ärztlichem und seelsorgerlichem Handeln zu unterscheiden. Seine Rolle im Krankenhaus ist eine andere als im Heilungsraum. Während dort die Einzelbegegnung im Vordergrund steht, unterstützt im Heilungsraum die ganze Atmosphäre das Geschehen: Es sind der Raum, den Kühn eine „Perle im süddeutschen Raum“ nennt. Daneben ist es das Team, das der Seelsorger so sehr schätzt. Schließlich gehört Musik zum Heilungsraum dazu. Ein Lieblingslied: „Jesus berühre mich“ von Albert Frey.

Wer Heilungsraum in eine Internetsuchmaschine eingibt, stößt auf christliche und esoterische Angebote. Esoterische Heilungsangebote, so Frank Kühn, nähmen oft für sich in Anspruch, über Geheimwissen zu verfügen. Da werden Methoden angeboten, die eine bestimmte magische Wirkung haben sollen. Das könne man auch in katholischen oder frei-



kirchlichen Kreisen beobachten. „Aber davon grenzen wir uns ab, in dem wir keine Methode haben. Wir können Gott nicht manipulieren. Es ist einfach die Schönheit der Gnade Gottes, die wir erfahren und weitergeben dürfen.“

Wenn Frank Kühn über die Wirkung des Heilungsraums auf die Besucher spricht, freut er sich: „Wenn ich mir angucke, wie Leute hineingehen in den Heilungsraum, wie sie durch die große Tür hereinkommen und wie sie dann wieder gehen, dann merke ich die Veränderung. Oft kommen sie beladen und bedrückt und gehen aufgerichtet, gelöst und entspannt wieder hinaus.“ Er berichtet dazu von einer krebskranken Frau, die zugleich in einer Beziehungskrise steckte. Zwei Jahre wurde sie begleitet. Schließlich meinte sie: „Wenn ich die Heilungsräume nicht gehabt hätte, hätte ich meinen Weg nicht geschafft. Natürlich hat mir auch die Chemotherapie und die vorherige OP geholfen. Aber da war für mich die aufrichtende und durchhaltende Kraft im Glauben, die mir geholfen hat, meinen Weg zu gehen mit Christus.“ Heute ist die Frau selbst Mitglied im Team des Heilungsraums.

Im weiteren Gespräch berichtet der Pastoralreferent von Lernschritten und den Entwicklungen einer eigenen Liturgie, von den Versuchen, die Idee von Paul Zulehner von der „Gemeinde als Heil-Land“ umzusetzen. ■

Das Gespräch führte Frank Fornaçon



DAS ORIGINALINTERVIEW
KÖNNEN SIE AUCH HÖREN



Frank Kühn, Pastoralreferent und
Klinikseelsorger, Böblingen

IMPRESSUM:

Heilsam ist Teil des Magazins ChrisCare. Er erscheint im Verlag Frank Fornaçon und wird inhaltlich verantwortet von der Fachstelle für Gesundheitsfragen in Kirchengemeinden (FaGeK). Redaktion Frank Fornaçon (ViSdP). Copyright: Christen im Gesundheitswesen e.V., Reinbek, Gestaltung: Hallo!Rot, Singen, Druck: Druck- und Verlagshaus Thiele & Schwarz Kassel, Redaktionsanschrift: Verlag FF, Am Gewende 11, 34292 Ahnatal, Bildrechte: Freepik: S.22, Pexels: S.23

Die Fachstelle für Gesundheitsfragen in Kirchengemeinden (FaGeK) befindet sich seit 2023 im Aufbau in Kooperation mit dem ökumenischen Netzwerk Christen im Gesundheitswesen e.V. (CiG). Sie wird ehrenamtlich gestaltet von Gesundheitsfachleuten und Theologen aus verschiedenen Kirchen und Gemeindeformen.

Anzeige

Fachtag 5. April 2024, 8³⁰-16⁰⁰ Uhr
„Berufsstolz in der Pflege“
 Stadthalle Reutlingen



Jetzt anmelden
info@akademie-gs.de

mit
 Prof. Dr. Angelika Zegelin
 und
 Dr. German Quernheim



www.akademie-gs.de
 Akademie
für Gesundheit
und Soziales

SUIZIDALITÄT ERKENNEN und richtig handeln

Als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie bin mit der Frage nach Suizidalität häufig konfrontiert. Die Frage danach gehört zum Aufnahmegespräch (in meinem Fall die Aufnahme von Rehabilitanden und -innen in eine Fachklinik für Abhängige). Im Verlauf der Rehabilitation kommen Patientinnen und Patienten immer wieder in kritische Phasen, in denen es das Leichteste und Naheliegendste zu sein scheint, dem Leben ein Ende zu bereiten. Man müsste sich

dann nicht mehr mit dem immer heftig wiederkehrenden Suchtdruck, der Versuchung, das Suchtmittel wieder zu konsumieren, stellen. Man könnte sich für immer der Wirklichkeit entziehen, wie man es lange mit Hilfe von Drogen oder Alkohol getan hat. Einer Wirklichkeit, die so anstrengend und herausfordernd sein kann, und die oft an so schreckliche und schmerzhaft erlebte Erlebnisse erinnert. Dies gilt besonders für Patientinnen und Patienten, die psychisch traumatisiert wurden, denn ihnen fehlt das Suchtmittel, mit dem sie Erinnerungen und krankhafte Symptome einer Trauma-Folgeerkrankung früher bekämpft haben. Es gibt zwei weitere Konstellationen, in denen Suizidalität auftritt: in Zusammenhang mit Depressionen oder „Bilanzierend“, wenn ein Patient oder eine Patientin zu der Überzeugung kommt, „mein Leben ist verpfuscht, eine positive Wendung ist nicht zu erwarten, ich kann auch Schluss machen“. Das ist auch außerhalb einer Suchtklinik so: Ein Großteil der Menschen, die einen Suizidversuch durchführen, leiden an Depressionen, einer Sucht oder einer anderen psychischen Erkrankung.

Manche äußern Gedanken an Suizid oder lebensmüde Gedanken spontan im Laufe eines therapeutischen oder ärztlichen Gesprächs. Bei anderen aber reden nicht die Worte, sondern die Handlungen des Menschen, z.B. bei Selbstverletzung aber auch bei fehlender Selbstfürsorge, wenn der Mensch nicht mehr isst oder trinkt oder sein Leben leichtsinnig aufs Spiel setzt.

Oft kann man Suizidalität nicht direkt erkennen, man muss sie aktiv erfragen. Z.B. so: Gab es schon einmal in Ihrem Leben eine Situation, in der Sie sich das Leben nehmen wollten? Haben Sie schon mal suizidale Gedanken gehabt, haben Sie schon einmal lebensmüde Gedanken gehabt? Haben Sie diese jetzt? Wie sehen diese genau aus? Haben Sie konkrete Vorstellungen, wie Sie sich das Leben nehmen würden? Oder sind es eher vage Gedanken wie: Es wäre am besten, ich wäre nicht mehr da? Drängen sich diese Gedanken auf, auch wenn Sie es gar nicht wollen?



JETZT SCANNEN UND DIESEN
BEITRAG ANHÖREN!





In der Klinik gibt es dann ein gewisses Vorgehen, es ist im Gespräch weiter zu klären, wie groß die Gefährdung ist. Erscheint die Person „vertragsfähig“, dann kann man mit ihr vereinbaren, dass sie sich meldet, wenn die Gedanken stärker werden. Man wird mit Therapeuten/Therapeutinnen und mit Pflegekräften vereinbaren, dass sie sich vermehrt um die gefährdete Person kümmern. Man wird medikamentöse Strategien besprechen. Durch das Gesamtangebot an therapeutischen Maßnahmen kann die Suizidalität abklingen und verschwinden. Nur manchmal wird eine Verlegung in eine Akut-Psychiatrie erforderlich.

Es gibt eine Reihe von Risikofaktoren für Suizidalität. Hierzu gehören psychische Erkrankungen wie Depressionen, Schizophrenie und Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen. Auch körperliche Erkrankungen können Risikofaktoren sein, etwa chronische Erkrankungen mit schlechter Prognose, Krebserkrankungen, HIV/Aids, COPD oder Niereninsuffizienz. Psychosoziale Faktoren spielen eine Rolle: beispielsweise Alleineleben, häusliche Gewalt oder kürzlich belastende Lebensereignisse. Zudem gehen Kindheitstraumata, insbesondere sexueller oder körperlicher Missbrauch sowie Suizide in der Familie mit einem erhöhten Risiko einher. Davon abzugrenzen sind Warnzeichen wie Suiziddrohungen, Sprechen über Suizid, Hoffnungslosigkeit, Wut, Ärger, Rückzug von Familie, Freunden oder der Gesellschaft und Sinnlosigkeitsgefühl (zitiert nach Sucht und Suizidalität, Barbara Schneider und Tilman Wetterling, Kohlhammer- Verlag 2016).

Aber wie gehen Seelsorgende mit dieser Thematik um? Was tut man, wenn in der eigenen Praxis oder beispielsweise auf der Internistischen Station eine Suizidgefährdung deutlich wird? Auch hier wird gelten: Suizidalität muss aktiv erfragt werden, Mutmaßungen reichen nicht aus. Sollte im Gespräch der Eindruck entstehen, hier liegt wirklich eine Gefährdung vor, so muss die gefährdete Person vorsichtig und mit viel Einfühlungsvermögen aber zugleich entschlossen für weitere Maßnahmen, für professionelle Hilfe gewonnen werden:

„Es geht Dir/Ihnen so schlecht, ich glaube, wir sollten Hilfe in Anspruch nehmen“. „Ich bin (als Seelsorger oder Seelsorgerin) an Deiner/Ihrer Seite, aber ich kann die Verantwortung in dieser brenzligen Situation nicht übernehmen. Wir sollten den Hausarzt/die Psychotherapeutin einschalten, ins Krankenhaus fahren“.

ZWEI ELEMENTE ERSCHEINEN MIR BESONDERS WICHTIG IN DER PRÄVENTION UND IM UMGANG MIT SUIZIDALITÄT.

ES SIND BEZIEHUNG UND HOFFNUNG.

Nur in seltenen Fällen wird es notwendig sein, gegen den Willen des oder der Betroffenen zu handeln. Dies geschieht durch die Ärztin/den Arzt bzw. durch Einschalten des Rettungsdienstes.

Letzten Endes gehört Suizidalität in die Hände einer Fachfrau, eines Fachmannes, also eines Psychiaters oder einer Psychiaterin. Man muss jedoch festhalten, dass es nicht immer möglich ist, Suizidalität zu erkennen, auch nicht für darin geschulte Personen. Denn nicht jede und jeder Betroffene äußert sich dazu und nicht immer besteht ein Vertrauensverhältnis, das dies möglich macht. Daher kann auch mit aller Sorgfalt nicht jeder Suizid verhindert werden. Dies bedeutet eine schwere Last für alle, die involviert waren. Dann ist Supervision/Seelsorge dringend erforderlich.

Zwei Elemente erscheinen mir besonders wichtig in der Prävention und im Umgang mit Suizidalität. Es sind BEZIEHUNG und HOFFNUNG. Beziehung (Da sein, zuverlässig und verbindlich sein) lässt Menschen nicht allein und hilft, Krisen zu überwinden. Daher ist es von besonderer Bedeutung, in suizidalen Krisen sich selbst für einige Zeit zur Verfügung zu stellen und/ oder Menschen hinzuzuziehen, zu denen der/ die Betroffene einen engeren Kontakt bzw. Vertrauen hat.

Hoffnung lässt erwarten, dass es Veränderung zum Guten geben kann. Hier muss man sich vorsehen, nicht zu schnell Lösungen anzubieten und den Menschen damit scheinbar nicht ernst nehmen. Andererseits aber können vorsichtige Hinweis auf Möglichkeiten und Wege, die aus der Krise führen, hilfreich sein. Dabei kann der Glaube mitwirken, wenn die kostenlose, unbedingte, unabänderliche Liebe Gottes zum Ausdruck gebracht wird. ■

*Dr. med. Dorothee Deuker,
Fachärztin für Psychiatrie und
Psychotherapie, Mülheim an der Ruhr*

